

## **СТРУКТУРА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

*Лиора А.К., Федорова Т.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Республика Беларусь относится к числу стран, где население, в том числе детское, имеет высокую распространенность кариеса зубов (4, 3). С 1998 года врачами-стоматологами республики активно внедряется Национальная Программа профилактики кариеса зубов и болезней пародонта. Результатами реализации Национальной Программы является положительная динамика стоматологического статуса детей и подростков. Процент здоровых 5 – 6-летних детей Витебской области вырос с 10 % в 1998 году до 15,28 % в 2003 году (1).

Однако по данным различных источников в структуре воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области 50 % составляют воспалительные процессы (4). Достаточно велика распространенность зубочелюстных аномалий среди детей и подростков – от 33 % до 78 % (5). Несмотря на то, что именно эти заболевания часто служат причиной хирургических вмешательств, структура оперативных вмешательств в условиях поликлиники изучено недостаточно (4).

Кроме того остается актуальным изучение вопроса продолжительности лечения детей с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями, поскольку такие дети нуждаются в уходе родителей. Родителям выдается листок временной нетрудоспособности по уходу за больными детьми, что обуславливает определенные экономические потери.

**Цель исследования.** Изучить структуру оперативных вмешательств и определить среднюю продолжительность лечения острых одонтогенных воспалительных заболеваний у детей в амбулаторных условиях.

**Материал и методы.** Изучены операционные журналы хирургического кабинета УЗ «Витебская городская детская стоматологическая поликлиника» (УЗ «ВГДСП») за период с 10.11.03 г. по 28.12.07 г.. Изучена 101 амбулаторная карта стоматологического здоровья детей, прооперированных в плановом и экстренном порядке. Регистрировали диагноз, сроки послеоперационного лечения, наличие или отсутствие осложнений.

Полученные данные обрабатывались статистически.

**Результаты исследования.** Общее количество пациентов, которым было проведено оперативное вмешательство за исследуемый период, составило – 2058. Из общего количества амбулаторных операций – 1325 (64,4 %) составили плановые оперативные вмешательства. Экстренные оперативные вмешательства по поводу острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области составили – 733 (35,6 %). Структура плановых оперативных вмешательств представлена в таблице 1.

Таблица 1- Структура плановых оперативных вмешательств

№	Название оперативных вмешательств	Кол-во	%
1	Пластика уздечки верхней губы	731	55,2
2	Пластика уздечки языка	470	35,5
3	Пластика уздечки нижней губы	31	23,5
4	Удаление сверхкомплектного зуба	24	1,8
5	Зубосодержащая киста	19	1,4
6	Ретенционная киста	15	1,1
7	Папилома языка	14	1,1
8	Эпулис	12	0,9
9	Радикулярная киста	6	0,45
10	Киста подъязычной области	2	0,15
11	Киста левой щеки	1	0,08
ВСЕГО		1325	

Из анализа данных представленных в таблице 1 определили, что в структуре плановых оперативных вмешательств наибольшее количество составили вмешательства по поводу зубочелюстных аномалий 1192 (93 %). По поводу опухолей и опухолеподобных образований было прооперировано – 93 (7 %) ребенка. При этом большинство плановых оперативных вмешательств было проведено на мягких тканях – 1281 (96,7 %). На альвеолярном отростке количество операций составило – 44 (3,3 %).

В результате анализа данных операционного журнала экстренных оперативных вмешательств установлено, что из 733 экстренных оперативных вмешательств 519 (70,8 %) проводились по поводу перикоронрита. По поводу перикоронрита проведено 207 (28,2 %). По поводу нагноившейся зубосодержащей кисты 4 (0,5 %) и нагноившейся радикулярной кисты 3 (0,4 %).

В результате изучения данных амбулаторных карт стоматологического здоровья определили, что общая средняя продолжительность лечения детей с одонтогенными воспалительными заболеваниями составила 3,1 дня. Лечение острого серозного периостита продолжалось в среднем 2,9 дня, острого гнойного – 3,5 дней, перикоронарита – 2,1 дня, нагноившейся зубосодержащей кисты – 5 дней, нагноившейся радикулярной кисты 4,8 дней.

Нами не выявлены случаи осложнений при проведении как плановых так и экстренных оперативных вмешательств по поводу одонтогенных воспалительных заболеваний у детей.

#### **Выводы.**

1 В структуре амбулаторных оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области у детей плановые операции преобладают над экстренными.

2. Больше количество экстренных оперативных вмешательств проводилось по поводу осложненного кариеса, а плановых по поводу зубочелюстных аномалий.

3. Полученные данные по структуре амбулаторных оперативных вмешательств совпадают с данными других авторов (4).

4. Полученные данные о средней продолжительности лечения одонтогенных воспалительных заболеваний у детей соответствуют общепризнанным срокам лечения (2) и сопоставимы с данными других авторов (4).

5. Отсутствие осложнений свидетельствует об адекватности проводимого хирургического лечения.

6. Высокий процент экстренных оперативных вмешательств по поводу осложненного кариеса связан, по нашему мнению, с недостаточной мотивацией пациентов и их родителей к плановой санации полости рта.

Литература:

- 1 Варганов, В.В. Материалы V съезда стоматологов Беларуси / В.В. Варганов, С.А. Сухобоков. – Брест, 2004. – С. 9 – 10.
- 2 Лурье, Т.М., Врачебно-трудовая экспертиза в стоматологии / Т.М. Лурье. – М.: Медицина, 1984. – С. 56 - 58.
- 3 Мельникова Е.И. // Современ. стомат. – 2000. – № 4. – С. 34 – 36.
- 4 Курочкина А.Ю. // Стомат. журнал – 2006. – № 1. – С. 36 – 37.
- 5 Кушнир А.И. // Современ. стомат. – 2001. – № 1. – С. 26 – 27.